Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 listopada 1886. **№ 47.** Rok XXV.

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza.

Wyniki badania wydzieliny z ran świeżych pooperacyjnych pod względem obecności mikroorganizmów.

Doniesienie tymczasowe.

Podał
Dr. Bossowski,
asystent kliniki chirurgicznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Rany operacyjne z wydzieliną zawierającą organizmy drobnowidowe niemające nic wspólnego z grupą koków ropnych, jako to inne rodzaje koków, *bacterium* i prątki rozlicznego kształtu, długości i zachowania się w hodowlach, których pochodzenie w znacznéj części odnieść się daje do zewnętrznéj części opatrunku, to o ile nie zachodziło powikłanie z obecnością koków ropnych, gojenie odbywało się bez zaburzeń, okazując charakter aseptycznego przebiegu, jak to miało miejsce zwłaszcza w przypadkach resekcyi stawu kolanowego, gdzie obumarłe i suche brzegi rany tygodnie całe utrzymywały się bez reakcyi w sąsiedztwie. W 8 przypadkach wreszcie, gdzie wydzielina wolną była od obecności mikroorganizmów, najczęstszym wynikiem był idealny rychłozrost, a ciepłota nie przekraczała 38°C., jak to miało miejsce w 5 przypadkach, w trzech innych przyszło do ograniczonéj zgorzeli w postaci suchego strupa się oddzielającéj, a podwyższenie ciepłoty w tych razach nie dochodziło również znaczniejszego stopnia (38·5).

Wynik badania wydzieliny pod mikroskopem nie dopisał prawie w połowie przypadków, gdzie hodowle wykazały niezbitą obecność mikroorganizmów. Rzut oka na osiągnięte w tych razach hodowle tłumaczy dostatecznie przyczynę niefortunnego wyniku. Kropla wydzieliny lub cząstka skrzepu wylana na płytkę szklaną wydała kilkanaście, częstokroć kilka tylko kolonij, które na pewne wzięły początek z pojedynczych zarodków, łatwo więc ocenić o ile mniéj przeniesiono z tychże samych ustrojów na maleńkie szkiełko preparatu i nie trudno zrozumieć, jak łatwo w tém skąpém rozdzieleniu uchodzą one uwagi badającego, ukryte między cząstkami rozpadłych ciałek i ziarenek protoplasmatu. Metoda Grama, przy któréj ubarwione raz bakteryje zatrzymują barwik mimo odbarwienia następowego tła, i nasycenia go innym odczynnikiem barwnym, przez co odszukanie ich nader bywa ułatwioném, nieocenione często oddająca usługi przy barwieniu tkanek, mniejszą wartość przedstawia dla preparatów na szkiełkach nakrywkowych, a dla wielu rodzajów organizmów w jednym i drugim razie wprost zastósować się nie daje, choć nawet tam, gdzie z korzyścią użyć jéj można, jądra i cząstki jąder, ziarenka protoplasmatu i śluz występują w téjże saméj barwie, którą przyjęły mikroorganizmy.

Tam gdzie mikroskop dozwolił wykryć mikroorganizmy bądź z powodu charakterystycznego kształtu i ugrupowania pojedynczych osobników bądź znaczniejszéj ich liczby w wydzielinie, hodowle stwierdziły również na pewno obecność tych samych form, służąc niejako za kontrolę badania mikroskopowego. W pojedynczych przypadkach, jak np. nawiedzonych przez *Staphylococcus aureus*, gdyż wydzielina okazywała cechy cieczy ropiastéj, badanie mikroskopowe wykazało bardzo znaczną ilość koków ropnych, a również i hodowle przedstawiały bujny i mnogi rozwój gęsto rozsianych kolonij.

W pewnych razach, nielicznych co prawda, stwierdzono również badaniem mikroskopowém w wydzielinie obecność mikroorganizmów, które w hodowlach albo wcale nie uwydatniły się, albo w nader upośledzonym rozwoju bądźto z przyczyny obumarcia w saméj wydzielinie lub z powodu nieodpowiedniego gruntu, na którym je hodowano.

Uznając całą wartość mikroskopowego badania wydzieliny, przyznać mu jednak należy znaczenie tylko drugorzędne i dopełniające, w żadnym zaś razie nie można zakładać na niém głównego punktu ciężkości, który tkwi jedynie w wyniku należycie przeprowadzonych hodowli, a za takie wolno

nam dziś uważać wyłącznie hodowle na płytach. W czasie, gdy badania moje (o których zresztą podał już prof. Mikulicz wzmiankę na XV Zjeździe chirurgów w Berlinie), w pełnym były toku, pojawiła się praca Stäheliego z kliniki prof. Socina w Bazylei, omawiająca zachowanie się ran operacyjnych pod względem zanieczyszczenia przez istoty zorganizowane. Stäheli ogłasza rezultaty pozyskane przez badanie wydzieliny ran zaopatrzonych opatrunkiem zynkowym, zresztą zaś poddanych postępowaniu antyseptycznemu wszędzie używanemu. Wyniki Stäheliego o ile z niejasnego przedstawienia i jak się zdaje nie dość ścisłego badania wynika, zachowują się zgodnie z spostrzeżeniami mojemi względem głównych, istotnych punktów; oparte na mniéj odpowiednich choć wygodniejszych co prawda metodach hodowli w rurkach odczynnikowych stoją pod grozą zarzutu niedostatecznéj ścisłości, pominiętéj w owéj pracy przy badaniu wydzieliny w hodowlach.

Jakość i wejrzenie wydzieliny dają poniekąd skazówkę do ocenienia obecności lub braku w niéj ustrojów drobnowidowych. Blade i zbite skrzepy zalegające sączki obok blado-różowéj i wodnistociekłéj wydzieliny wolne były pospolicie od zanieczyszczeń pasorzytniczych, rozmiękające przeciwnie i ciemno-czerwono ubarwione skrzepy, jakoteż ciekła i gęsta wydzielina brudno-czerwona zawierały zazwyczaj mikroorganizmy, które w hodowlach ujawniły swe kształty i liczbę zdarzających się tu gatunków. Wydzielina wreszcie ropiasta odznaczała się zawsze obecnością jestestw drobnowidowych, pod względem których tak badanie mikroskopowe jakoteż hodowle nie pozostawiały najmniejszéj wątpliwości.

Źródła, zkąd czerpią rany operacyjne zarodki zakaźne, szukać wypada bezsprzecznie w czynnikach, pod wpływem których pozostaje rana od pierwszéj chwili swego poczęcia aż do zupełnego zabliźnienia. Trzy głównie przenośniki uwzględnić tutaj należy, z pomocą których mikroorganizmy z łatwością do ran się zakradają, a mianowicie za pośrednictwem rąk i narzędzi stykających się z raną, jakoteż z otoczenia najbliższego rany, po drugie drogą powietrza, po trzecie wreszcie z opatrunku.

Według spostrzeżeń Kümmela (*Kontact u. Luftinfection in der praktischen Chirurgie. Centralbl. f. Chirurgie* 1885, Nr. 24) ręce kilkakrotnie oczyszczone przez mycie mydłem i szczotką, a następnie opłukane w rozczynie $^{1}/_{1000}$ sublimatu rozporządzają jeszcze znaczną ilością mikroorganizmów, które w pożywce gelatynowéj żywy okazują rozwój.

Powietrze naszéj sali operacyjnéj poddane badaniu bakteryjologicznemu, przez wystawienie na wpływ jego działania płyt szklanych powleczonych pożywką gelatynową i agarową, wykazało bogactwo rozlicznych form i gatunków mikroorganizmów, między któremi zwłaszcza przeważały koki i różnorodne rodzaje prątków, pojedynczo zaś tylko znajdowały się pleśnie i drożdże. Pojedyncze kolonije koków przypominały barwą swą i zachowaniem się w hodowlach, jakoteż w obrazach mikroskopowych, cechy właściwe kokom ropnym, rozstrzygających jednak w tym razie przeszczepień na zwierzętach dotychczas nie dokonano.

Nie mniéj obfituje nasz opatrunek z gazy jodoformowéj 20% i worków mchowych z domieszką trocin napojonych dziegciem w dość znaczną liczbę rozmaitych mikroorganizmów. Pył wytrząśnięty z worków i bezpośrednio padający na świeżo rozlaną pożywkę gelatynową, lub przesiany przez kilkuwarstwowy pokład gazy jodoformowéj wydał w hodowlach bardzo liczne pleśnie, górujące ponad schizomycetami, z których znaleziono pojedyncze kolonije drożdży, prątków i koków, niektóre odmiany tych ostatnich zdradzały wielkie podobieństwo do koków ropnych.

Również gaza jodoformowa 20% nie okazała się wolną od zanieczyszczeń przez ustroje drobnowidowe, a z tych powodów wypada też przyznać zupełną słuszność postępowaniu przyjętemu w klinice prof. Mikulicza, według którego macza się najgłębsze warstwy gazy jodoformowéj w 5% kw. karbolowym, aby w ten sposób zniweczyć ustroje drobnowidowe w saméj gazie jodoformowéj ukryte.

Z doświadczeń w powyższym kierunku dotąd przeprowadzonych, które nie osiągnęły jeszcze wcale zamierzonego kresu, wynika jednak ten pewnik, że zarówno powietrze w naszéj sali operacyjnéj, jakoteż używany w naszéj klinice opatrunek, lubo niewolne od rozlicznych form mikroorganizmów, mniejszą budzą obawę zakażenia ran operacyjnych przez to, że najgroźniejsze dla nich koki ropne słabo bardzo, jak się zdaje, w dotyczących hodowlach są reprezentowane. Z drugiéj strony okoliczność, że inne rodzaje mikrobów napotykane w wydzielinie przyrannéj, znalazły się również w hodowlach z części składowych naszego opatrunku, dowodzi, że ta droga zanieczyszczenia ran operacyjnych w każdym razie stoi otworem.

Obecność mikroorganizmów rozsianych obficie w wszechświecie, grożących zewsząd możliwém zanieczyszczeniem ran operacyjnych, winna niezawodnie być pobudką do najsurowszego przestrzegania ostrożności, które według zyskanego dotąd doświadczenia korzystny przynoszą przebieg gojeniu. Z drugiéj strony trudna do zwalczenia łatwość zakażenia ran operacyjnych drobnowidowemi ustrojami traci wiele ze swéj grozy, jeżeli uwzględnimy, że rana pooperacyjna różni się zasadniczo od martwéj pożywki w pracowni bakteryjologicznéj. Żywe bowiem tkanki rozwijają, jak wiadomo, niemałą odporność w obec zagrażających ich bytowi napastników. Ta siła odporna tkanek doniosła sama przez się, a poparta nadto skuteczną często pomocą środków dezinfekcyjnych zapewnia ranom operacyjnym idealne częstokroć gojenie mimo stwierdzonéj obecności zanieczyszczających je mikroorganizmów. Zadowoleni z świetnych wyników, jakiemi poszczycić się może nowoczesna chirurgija, nie poddając się tak łatwo obawie i niepokojom, ufni, że przyszłość na podstawie coraz dalszych doświadczeń przysporzy niezawodnie niejedno jeszcze ulepszenie, obalić jednak dziś uznanych zasad antyseptyki nie zdoła.

Streszczając dotychczasowe wyniki wyżéj podanych spostrzeżeń zaznaczę pokrótce następujące punkty, które przedewszystkiém zasługują na uwzględnienie.

1) Wydzielina ran świeżych pooperacyjnych zadanych śród zachowania wszelkich ostrożności antyseptycznych i opatrzonych następowo opatrunkiem jodoformowym, wolną jest w małéj tylko liczbie przypadków (w przybliżeniu $^{1}/_{5}$) od obecności mikroorganizmów.

2) Z pośród napotykanych w wydzielinie ran powyższych różnorodnych ustrojów drobnowidowych, jedynie koki t. zw. ropne, wywierają wpływ niekorzystny na gojenie się rany, który zresztą nie zawsze się objawia, inne żaś zanieczyszczenia uorganizowane zazwyczaj nie przynoszą szkody.

3) Rany, których wydzielina zawiera koki ropne, a mianowicie *staphylococcus pyogenes albus*, mogą goić się *per primam intentionem*.

4) Głównego źródła infekcyi ran pooperacyjnych zostających w warunkach wyżéj wspomnianych szukać należy

śród operacyi w zetknięciu się z raną przedmiotów niedostatecznie odkażonych, jakkolwiek wykluczyć nie można zakażenia z powietrza, lub następowo z opatrunku przeciwgnilnego.

5) Zabezpieczenie ran powyższych pod względem należytego odpływu wydzieliny zakażonéj nawet przez *staphylococcus pyogenes aureus* chroni w przypadkach wybitnego ropienia tychże od zaburzenia stanu ogólnego, które rozwijające się ropienie zwykło wzniecać w całym organizmie [1]).

II. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego.

Streszczenie monografii przedłożonéj Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z d. 20 lipca 1886.

przez

Prof. Dra Henryka Kadyjego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Tak samo co do obszarów rozgałęzień tętnic wnikających do rdzenia nie podobna oznaczyć prawideł, któreby ogólniejsze znalazły zastósowanie, gdyż nawet naczynia początkiem i położeniem najbardziéj do siebie podobne nie zgadzają się w tym względzie. Nawet obszarów tętnic centralnych z jednéj i tętnic obwodowych z drugiéj strony nie można ściśle rozdzielić stałemi granicami, z czego téż wynika, że ani szare kolumny ani téż białe sznury nie mogą być uważane jako odrębne obszary naczyniowe. Nawet anatomicznie ściśle rozdzielone części rdzenia, np. oba sznury tylne, zawdzięczają swoje unaczynienie wspólnym pieńkom tętniczym, które przebiegają właśnie w przegrodzie je rozgraniczającéj. Liczne gałązki tętnicze i tylne już to odchodzące od naczyń centralnych, już to od obwodowych, przebiegają właśnie na granicy między szarą kolumną a otaczającą ją substancyją białą zaopatrując tak jednę jak też i drugą.

Tylko tyle można pod względem miejscowości, w których rozgałęziają się rozmaite tętnice rdzenia, powiedzieć, nie sprzeciwiając się rzeczywiście istniejącym stosunkom, że centralne części szarych kolumn otrzymują krew z tętnic centralnych, powierzchowne zaś warstwy sznurów białych od tętnic obwodowych. Obwodowe zaś części kolumn szarych równie jak przylegające do nich części istoty białéj zawierają rozgałęzienia tak tętnic centralnych, jak téż i obwodowych, wnikające tam na przemian i to w całkiem nieregularném następstwie. Zależy to niejako od przypadkowych rozmiarów téj lub owéj tętnicy ze środka lub z obwodu przybywającéj. Ten sporny niejako obszar, w obrębie którego rozgałęzienia tętnic centralnych i obwodowych niejako się spotykają i wzajem dopełniają, wynosi około $^1/_3$ całéj masy rdzenia.

Uwzględniwszy te stosunki jakoteż okoliczność wyżéj przytoczoną, że obszary rozgałęzień pojedynczych tętniczek w rdzeniu nie odpowiadają już zgoła obszarom jakichkolwiekbądź pieńków żylnych, musimy przyznać, że rozróżnianie wszelkich ściślejszych obszarów naczyniowych na poprzecznym przekroju rdzenia (Adamkiewicz rozróżnia 9 takich obszarów) jest zupełnie bezpodstawném. Istnienie obszarów naczyniowych możliwém jest jedynie w takich narzędziach lub okolicach ciała, gdzie pewne żyły odprowadzają krew doprowadzoną przez pewne tętnice, gdzie zatém jeden pień żylny odpowiada ściśle jednemu lub kilku pniom tętniczym albo odwrotnie. Najcelniejszym w tym względzie przykładem jest gałka oczna.

Tętniczki wnikające do substancyi rdzenia są tętnicami końcowemi w znaczeniu wprowadzoném przez Cohnheima. Rozgałęzienia ich nigdzie nie wchodzą pomiędzy sobą we właściwe połączenia anastomotyczne. (T. zw. centralne anastómozy podłużne opisane przez Adamkiewicza nie istnieją wcale). Przywłosowate połączenia (najwięcéj 2—3 razy szersze niż zwykłe naczynia włosowate) pomiędzy rozgałęzieniami rozmaitych tętnic, czyto centralnych czytéż obwodowych, napotykamy w rdzeniu tak jak w innych narzędziach, w których znajdują się siatki (a nie oddzielne pętle) włosowate.

Natomiast między pieńkami opuszczającemi rdzeń w rozmaitych a nawet przeciwnych kierunkach istnieją liczne i rozmaite nawet grube połączenia anastomotyczne wewnątrz rdzenia tak, iż oglądając odpowiednie preparaty mamy wrażenie, jakoby żyła taka przebijała rdzeń na wskróś łącząc rozmaite a częstokroć przeciwległe pnie żylne na powierzchni przebiegające i w tym przebiegu przyjmowała wśród rdzenia rozmaite gałązki. W centralnéj części szaréj kolumny anastomozy takie przybierają częstokroć kierunek pionowy, ażeby po takim nawet kilka milimetrów długim przebiegu jako żyły centralne udać się do wypustki opony miękkiéj. Podłużne pnie żylne (*centrale Längsvenen*), które opisał Lenhossek jako na całéj długości rdzenia bez przerwy przebiegające, wcale nie istnieją. Liczne wszakże anastomozy żylne wewnątrz rdzenia sprawiają, że niemal w każdéj części rdzenia dla odpływającéj krwi kilka dróg stoi otworem.

---

[1]) Punkt ciężkości zajmującego badania, które autor przedsięwziął, leży w fakcie, że koki ropne, a w szczególności *Staphylococcus albus*, znajdują się i w ranach, które goją się *per primam sensu stricto.* Według spostrzeżeń dotychczasowych mieliśmy prawo przypuszczenia, że metoda antyseptyczna zdolną jest zapobiedz w zupełności rozwojowi organizmów chorobotwórczych. Po doświadczeniach Rosenbacha wiedzieliśmy, że wszędzie, gdzie się tworzy ropa, znajdujemy koki ropne jako przyczynę ropienia; ztąd jakotéż z prób szczepienia, przedsięwziętych przez Rosenbacha, można było wnosić i na odwrót, że wszędzie, gdzie koki ropne zagnieździły się, i ropienie nastąpić musi. Z doświadczeń Bossowskiego atoli pokazuje się, że rzecz ma się inaczéj. Oczywista, że w przypadkach odnośnych koki ropne wykluczone lub pochłonione zostają przez tkankę żywą, a więc ulegają temu samemu losowi, któremu, jak wiadomo, ulegają w ustroju zwierzęcym wszystkie prątki niechorobotwórcze. Że w tém działaniu tkanka znajduje możnego sprzymierzeńca w postępowaniu przeciwgnilném, wątpliwości nie podpada. W każdym razie fakt, że i prątki chorobotwórcze mogą być wykluczone z tkanki zakażonéj bez wywołania szkody, ma swoje znaczenie dla nauki o leczeniu ran, jak niemniéj dla patologii wszystkich chorób zakaźnych. Że różnorodne organizmy w t. zw. ranach aseptycznych utrzymują się, już dawno wiedziano, i my chirurdzy nigdy nie mieliśmy pretensyi bezwzględnego niedopuszczania prątków do ran; wszak opatrunek nasz nie jest wcale sterylizowany a całe nasze postępowanie w leczeniu ran nie zmierza do zupełnego powstrzymania prątków. Środki, do tego celu prowadzące, dotychczas nie dały się wcale przeprowadzić w leczeniu ran. Napawanie opatrunków środkami antyseptycznemi zmierza tylko do powstrzymania rozwoju prątków, któreby w nich się znajdowały lub późniéj dostać się mogły; a to samo zadanie mają po części i inne środki antyseptyczne. Środki te nie muszą u nas być tak dzielnemi, jak w traktowaniu martwéj pożywki bakteryjologów, ponieważ tkanka żyjąca i tak broni się przeciw najazdowi prątków; środki więc nasze przeciwgnilne i energija tkanek żyjących wspierają się nawzajem w walce przeciw tym pasorzytom. *Mikulicz.*

Ostateczne rozgałęzienia tętnic i żył wraz z łączącemi je naczyniami włosowatemi tworzą w rdzeniu siatkę włosowatą, ciągłą i nigdzie nieprzerwaną, która jako jednolita całość zajmuje szarą i białą substancyję. Tylko gęstość siatki téj i postać jéj oczek zmienia się w rozmaitych częściach rdzenia zależnie od przeważających tkanin i pierwocin. Właściwości téj siatki i ułożenia naczyń dozwalają nawet bez uwzględnienia składników tkaniny rozpoznać rozmaite części rdzenia.

W rdzeniu pacierzowym należy rozróżniać nie dwie (jak dotychczas opisywano) lecz trzy formy siatek włosowatych: 1) Siatki substancyi białéj, 2) siatki substancyi kleistéj, 3) siatki łożysk komórek zwojowych. Najmniéj gęstemi są siatki włosowate w białéj substancyi. Odznaczają się one przytém oczkami znacznie wydłużonemi w kierunku pęczków włókien nerwowych, tak iż naczynia włosowate oplatają je lekkiemi wygięciami wężykowatemi.

Znacznie gęstsze lecz również, i to w kierunku osi rdzenia, wydłużone są siatki w istocie kleistéj (w spoidle szarém, *substantia gelatinosa centralis* i w *substantia gelatinosa Rolandi*). W rogach tylnych podłużna ta siatka powstaje z wachlarzowatych rozgałęzień tętniczek i żyłek, na które także Adamkiewicz zwrócił uwagę.

Najgęstszemi są siatki włosowate w tych obszarach szarych kolumn, które przedstawiają właściwe łożyska komórek zwojowych, a zatém w rogach przednich i przylegających do nich częściach rogów tylnych. Wymiary podłużne i poprzeczne oczek mało tu się różnią między sobą; oczka jednakże siatki są przecież w kierunku osi rdzenia cokolwiek rozciągnięte. Pojedyncze naczynia, zwłaszcza tętniczki i żyłki, trzymają się nieraz w przebiegu swoim wiązek włókien nerwowych, które w rozmaitych kierunkach przeszywają szare słupy, jak to słusznie zauważył Goll. Niektóre naczynia, a zwłaszcza włosowate, przebiegają czasem tak blisko obok komórek zwojowych, iż prawie ich dotykają; nie jestto wszakże regułą, lecz raczéj przypadkiem. Łatwo pojąć także, że przy badaniu skrawków z rdzenia nastrzykanego często komórki zwojowe widać właśnie wśród oczka siatki włosowatéj. Nie może być wszakże ani mowy o tém, aby naczynia włosowate oplatały pojedyncze komórki w kształcie koszyków lub t. p. Naczynia włosowate w swoim przebiegu i rozmieszczeniu nie stosują się wcale do pojedynczych komórek zwojowych i chyba o tyle na nie wzgląd mają, iż ich nie przebijają.

Naczynia włosowate w rdzeniu są dosyć wąskie (7 do 13μ w średnicy) tak, iż ciałka krwi tylko sznurem, tj. jedno za drugiém, przez nie przechodzić mogą. Najwęższe napotykamy w spoidle szarém, najszersze zaś w substancyi kleistéj rogów tylnych.

W rdzeniu pacierzowym napotkałem kilka razy szersze połączenia między tętnicami i żyłami, których średnica była 2—3 razy większą aniżeli zwykłych naczyń włosowatych. Czy takie naczynia odpowiadają bezpośrednim połączeniom między tętnicami i żyłami, wykazanym przez Hoyera w rozmaitych narzędziach, lub czy też tylko szersze niż zwykle naczynie włosowate miałem przed sobą, nie mogłem stanowczo rozstrzygnąć, gdyż nie miałem sposobności badać budowy ścian tych naczyń, mając je przed sobą napełnione masą, podczas gdy ich ściany równie jak otaczająca tkanina były całkiem rozjaśnione balsamem kanadyjskim.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV. Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

I. Czy Franciszka Mnich umarła śmiercią naturalną, czy została zamordowaną, lub czy nie da się oznaczyć z wszelką pewnością jedno lub drugie, a w tym przypadku, za czém przemawia największe prawdopodobieństwo, czy za tém, że umarła śmiercią naturalną, czy za tém, że Franciszka Mnich została zamordowaną?

II. Jeżeli Franciszka Mnich została zamordowaną, lub za tém, że zamordowaną została, największe przemawia prawdopodobieństwo, w jaki sposób według zdania Wysokiego Wydziału została Franciszka Mnich życia pozbawioną, jakiemi narzędziami, czy przez jedną lub więcéj osób, które uszkodzenia spostrzeżone na zwłokach powstały najpierw a które później, które były śmiertelne, a które nie, które powstały za życia a które po śmierci i w jaki czas po zadaniu uszkodzenia śmiertelnego śmierć Franciszki Mnich nastąpiła lub nastąpić mogła?

III. Czy zeznania jednego z obwinionych, w których tenże podaje, w jaki sposób Franciszka Mnich została zamordowaną, są zupełnie zgodne z wynikiem sekcyi, oględzin itd. i czy zeznania tegoż obwinionego, że Franciszka Mnich w ten sposób została zamordowaną, jakto on podał, a mianowicie, że jeden obwiniony w piwnicy, dokąd Franciszkę Mnich podstępnie zwołano, uderzył ją obuchem siekiery najpierw w głowę, potém w twarz, a gdy ta na ziemię upadła, dwie obwinione rzuciły się na nią, zarzuciły jéj płachtę na głowę, przewróciły na ziemię na wznak, trzymały ją za ręce a jeden obwiniony za nogi, a drugi obwiniony gardło nożem poderznął, — zasługują na zupełną wiarę, lub tylko w części, albo też czy w obec wyniku sekcyi, oględzin itd. jako zupełnie na wiarę nie zasługujące przedstawiają się?

IV. Czy w razie gdy Franciszka Mnich została zamordowaną, lub za tém że zamordowaną została największe prawdopodobieństwo przemawia, przedłożone świetnemu Wydziałowi okazy czynu, jakoto siekiera, tudzież dwa noże były tego rodzaju instrumenta czyli narzędzia, któremi, według zdania świetnego Wydziału, Franciszka Mnich zamordowaną została lub czy też narzędziami temi Franciszka Mnich zamordowaną być nie mogła?

V. W jaki sposób powstały u Franciszki Mnich uszkodzenia na głowie, a w szczególności czy powstały lub mogły powstać skutkiem uderzenia obuchem siekiery, a to téj, którą świetnemu Wydziałowi przedstawia się, lub też skutkiem podobnéj tego rodzaju siekiery, czy powstały lub mogły powstać skutkiem upadnięcia lub czy okoliczność ta jest zupełnie wykluczoną, przyczém upraszam świetny Wydział zwrócić uwagę na okoliczność, że jak to z protokółu oględzin miejscowości wynika, Franciszka Mnich z brzegów parowu do parowu pod żadnym warunkiem upaść nie mogła, tudzież że na dnie parowu nie ma żadnych twardych przedmiotów, któreby mogły spowodować uszkodzenie człowieka upadającego.

VI. W jaki sposób powstało złamanie szczęki świetnemu Wydziałowi przedłożonéj, a mianowicie czy powstało lub mogło powstać przez uderzenie obuchem siekiery świetnemu

Wydziałowi przedłożonéj lub skutkiem uderzenia siekierą podobnego rodzaju, czy téż w niniejszym wypadku mogło powstać złamanie szczęki skutkiem upadnięcia i uderzenia się w przedmiot twardy, przyczém upraszam świetny Wydział również o uwzględnienie protokołów oględzin miejscowości, z których wynika, że na dnie parowu, tudzież koło parowu nie ma żadnych twardych przedmiotów, i że Franciszka Mnich pod żadnym warunkiem do parowu z brzegów tegoż upaść nie mogła.

VII. Czy Franciszka Mnich była w ciąży i w którym miesiącu, lub czy na pewno oznaczyć się nie da, że była lub nie była w ciąży i za czém największe prawdopodobieństwo przemawia?

VIII. Czy, jeżeli Franciszka Mnich była w ciąży lub zatém że była w ciąży największe prawdopodobieństwo przemawia, został z niéj płód wyjęty przez trzecią osobę lub nie i w jaki sposób został wyjęty, czy płód mógł być wyjętym w ten sposób, że takowy wyszarpały dzikie zwierzęta lub nie, czy nakoniec płód tak dalece wygnił, że żadnego śladu z niego nie zostało, albo téż czy skutkiem daleko posuniętéj zgnilizny nie da się stanowczo oznaczyć, w jaki sposób płód Franciszki Mnich wyjętym został?

IX. Jeżeli płód z Franciszki Mnich przez osobę trzecią wyjętym został po jéj zamordowaniu, ile czasu osoba ta sama lub przy pomocy innych osób nie będąc lekarzem potrzebowała do wyjęcia płodu Franciszki Mnich?

X. Czy włosy, to jest dwa warkocze, które przedkłada się świetnemu Wydziałowi, zostały przez trzecią osobę odcięte, lub też z innych i z jakich powodów odłączone, t. j. czy odpadły skutkiem gnicia, wydarte zostały przez dzikie zwierzęta lub z innych jakich powodów. Przyczém zechce świetny Wydział na to zwrócić uwagę, że woda, która się zbiera na dnie parowu w czasie deszczu lub tajenia śniegu, ze względu na położenie zwłok pochodzić mogła.

XI. Na jaki czas przed znalezieniem zwłok Franciszki Mnich, to jest przed dniem 6 marca 1882, Franciszka Mnich została zamordowaną, uwzględniając stopień zgnilizny, charakterystykę czasu, przez który Franciszka Mnich w parowie leżała, podaną przez c. k. Obserwatoryjum w Krakowie.

XII. Ile czasu upłynęło a względnie upłynąć mogło od chwlii, w któréj Franciszka Mnich zjadła żywność w jéj żołądku znalezioną, aż do czasu, kiedy żyć przestała?

XIII. Czy według zdania świetnego Wydziału Franciszka Mnich na tém miejscu, na którém ją znaleziono t. j. w parowie, życie zakończyła względnie zamordowaną została, czy téż zamordowaną została na inném miejscu, a następnie do parowu została zaniesioną?

XIV. Czy przypuszczając, że Franciszka Mnich w ostatnich dniach listopada lub w pierwszych dniach grudnia 1881 zamordowaną została, uwzględniając stopień zgnilizny zwłok, tudzież charakterystykę czasu podaną przez c. k. Obserwatoryjum, wszystkie okoliczności przemawiają za tém, że zwłoki Franciszki Mnich po jéj zamordowaniu cały czas aż do znalezienia zwłok leżały na wolném powietrzu, lub czy i jak długi czas leżały lub mogły leżeć w miejscu ochraniającém zwłoki od wpływu powietrza, np. w piwnicy domu lub gdzieindziéj. Nakoniec nadmieniam, że część wnętrzności Franciszki Mnich. t. j. macica, które przy sekcyi przez lekarzy zostały wyjęte i w słoiku były przechowane, przez c. k. Sąd obwodowy w Rzeszowie z powodu tego, że słoik się rozbił i okazy te gnić zaczęły, z o s t a ł y z n i s z c z o n e i świetnemu Wydziałowi p r z e d ł o ż o n e b y ć n i e m o g ą. Również włosy, które znajdowały się na siekierze, a mianowicie na ostrzu siekiery, którą się świetn. Wydziałowi przedkłada, w c. k. Sądzie obwodowym w Rzeszowie z a g i n ę ł y i r ó w n i e ż p r z e d ł o ż o n e b y ć n i e m o g ą.

Warkocze, przesłane Wydziałowi jako *corpora delicti*, oddane zostały do badania podkomisyi, składającéj się z proff. P i o t r o w s k i e g o i T e i c h m a n n a, a wynik ich badania opiewał jak następuje:

Włosy z głowy opodal od trupa Mniszkównéj znalezione są silnie splecione we dwa warkocze i pomimo rozmaitych przejść, jakim uległy, do dziś dnia są w téjże formie dobrze utrzymane. Pomiędzy temi włosami i w naturalnym związku z niemi znaleziono wśród badania częściowo przez prof. Blumenstoka, częściowo przez referentów, 12 skrawków skóry z głowy.

Te dwa przedmioty, t. j. włosy i skóra, stanowiły przedmiot badania, przy którym szczegółowo była na to uwaga zwracana, czy i skóra i włosy w skutek zgnilizny od trupa odpadły, lub téż czy przez osobę drugą od głowy oddzielone były.

Bliższe oględziny w ł o s ó w wykazały: Że włosy w części dośrodkowéj niesplecionéj, t. j. w części téj, która się od skóry do początku warkoczy rozciąga, były miejscami pomierzwione, miejscami przedstawiały równo obcięte pęczki. Pomiędzy pomierzwionemi włosami można było widzieć szczególnie przy pomocy szkła powiększającego na końcach dośrodkowych znaczną ilość włosów z cebulkami, wszelako nierównie większa ilość tychże przy końcach dośrodkowych jest przecięta. Przecięcia tych włosów są albo prostopadłe do ich osi głównéj albo skośne. W niektórych włosach widzieć także można, że włosy w bliskości końców dośrodkowych są poszczerbane. W równo obciętych pęczkach dośrodkowe końce włosów są niemal wszystkie przecięte. W pęczkach tych około 0,5 do 1,0 centymetrów grubości wynoszących włosy z cebulkami zaledwie tu i owdzie spostrzedz się dają.

Gdyby włosy ze zgniłéj skóry były wydarte, musiałby 1) Ogół włosów odznaczać się charakterystycznemi cebulkami, 2) Końce cebulkowate wypadniętych włosów musiałyby w długości swéj przedstawiać pewną symetryję, czego w niniejszym przypadku nie ma.

S k ó r a. We włosach w warkocze splecionych a mianowicie na ich końcach dośrodkowych znajdowało się kilkanaście mniejszych i większych, twardych, suchych, zanieczyszczonych z włosami spojonych przedmiotów. Po oczyszczeniu i bliższém przejrzeniu tychże przedstawiają się te przedmioty na pierwszy rzut oka jako kawałeczki skóry z włosami od głowy oddzielone.

Przy badaniu tych kawałków główne zadanie w niniejszym przypadku było wykazać:

1. Czy to jest rzeczywiście skóra, jeżeli tak jest

2. Czy włosy były tylko przypadkowo przylepione, czy téż zrośnięte.

3. W razie jeżeli to jest skóra, dalsze pytanie byłoby, czy ona już zgniła i po zgniciu odpadła lub téż czy takowa przed zgniciem od głowy odcięta została (za świeża).

Badanie suchéj skóry na żadne z tych pytań należytego wyjaśnienia dać nie mogło, przeto koniecznem było znalezione kawałki odwilżyć, co przez włożenie ich do destylowanéj wody i pozostawienie w niéj przez 24 godzin z łatwością osiągnąć się dało.

Po odwilżeniu i oczyszczeniu wymienionych kawałe-

czków, które dopiero teraz należycie uskutecznić się dało, badając tak gołém okiem jak i przy użyciu szkieł powiększających pokazało się:

1. Że te kawałki są niewątpliwie skrawkami skóry z głowy. Do tych skrawków poprzylepiane były tu i owdzie włosy, które po zwilżeniu skóry odpadły. Głównie zaś i to w ilości przeważnie większéj włosy przedstawiały naturalne spojenie ze skórą.

Brzegi wszystkich skrawków były nierówne a forma skrawków była rozmaita, przeważnie podłużna. Różniły się także znacznie wielkością i tak cztery największe miały około 10—15 milimetrów długości, a około 5 milimetrów szerokości, wszystkie inne były znacznie mniejsze. Grubość skrawków była także rozmaita. Z czterech największych jeden przedstawiał całą grubość skóry. Skrawek ten był oddzielony od głowy niżéj korzeni włosów. Dwa inne skrawki z pomiędzy 4ch największych były znacznie cieńsze od pierwszego. Skrawki te były odcięte od głowy przez korzenie włosów, t. j. cebulki włosów zostały przy głowie, reszta zaś przeciętych włosów pozostała w skrawkach. Ostatni z czterech skrawków większych był miejscami grubszy, miejscami cieńszy. W miejscach grubszych tego skrawka całe korzenie włosów były zachowane, w cieńszych zaś miejscach poprzecinane. Wszystkie inne skrawki mniejsze oprócz wielkości nie przedstawiały nic takiego, coby je od skrawków większych odróżniało.

Przekroje w skórze przeciętych włosów, które na odciętéj stronie skóry przy słabém powiększeniu z największą dokładnością widzieć można było, były miejscami prostopadłe do długości włosów, miejscami ukośne.

Tkaniny skóry, mianowicie tkanka łączna, nie przedstawiała żadnych szczególnych zmian, któreby ją od tkanki łącznéj prawidłowéj odróżniały. Jakoż skrawki skóry w utkaniu swém na sile nic nie utraciły. W tym względzie ów skrawek, który całą grubość skóry przedstawiał, próbowano palcami rozedrzeć, co jednak było niemożebne tak samo, jak skóra z głowy świeżo odcięta pomiędzy palcami rozedrzeć się nie da.

Że wymienione skrawki skóry z głowy, leżąc przez kilka miesięcy na wolném powietrzu, nie zgniły, pochodzi to ztąd, że tak małe cząstki skóry po kilkorazowéj słocie prędko wyschły, co je od zgnilizny zachowało.

Wynik badania jest następujący:

1. Włosy Mniszkowny we dwa warkocze splecione są od głowy w bliskości skóry, miejscami ze skórą obcięte. Przy obcinaniu wiele włosów z korzeniami wyrwano.

2. Obcięcie włosów dokonane zostało najprawdopodobniéj wkrótce po śmierci Mniszkówny.

3. Obcięcie włosów dokonane zostało przez osobę drugą i to nożem. Gdyby skrawki skóry obcięte były nożyczkami natenczas musiałyby mieć formę przekroju wypukłéj soczewki, a włosów z cebulkami by prawie nie było. Wreszcie

4. Włosy były nierówno obcięte, o czém z długości części włosów niespłecionych stanowczo wnioskować można.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Stósowanie jodoformu w chorobach narządów wewnętrznych.

Wielkie powodzenie jodoformu w rękach chirurgów, naocznie dający się stwierdzić korzystny jego wpływ na sprawę gojenia ran, zachęciły klinicystów do stósowania tego środka w chorobach wewnętrznych. Autor niniejszéj rozprawy, kryjący się pod początkową literą Dra A. umieścił w Nrach 42 i 43 paryskiego *Le Progrès Médical* sprawozdanie z rozrzuconych w literaturze opisów skuteczności jodoformu w chorobach wewnętrznych; z pracy téj wyjmujemy te szczegóły, które ze względu na praktyczną doniosłość mogą mieć wartość dla czytelników *Przeglądu.*

Zanim wynaleziono wskazania do użycia jodoformu w chorobach wewnętrznych, przebyto z nim próbę pośrednią, w postaci wstrzykiwań podskórnych do ognisk ropnych, a w szczególności do ropni ściekowych (zimnych). Verneuil i jego uczniowie: Kirmmisson, Quenu, Verchère ogłosili spostrzeżenia przekonywające, że wstrzykiwanie jodoformu rozpuszczonego w lotniku do ognisk ropni zimnych, jak wiadomo uporczywie niegojących się, stanowi nader poważny nabytek nowoczesnéj terapii. Verneuil używa 5—10% roztworu jodoformu w lotniku i wstrzykuje na jeden raz taką ilość téj cieczy, ażeby zawierała 3—4·0 jodoformu. Sam rękoczyn wykonywa przyrządem Dieulafoya, którym wyciąga ropę, następnie wypróżnia z niéj strzykawkę i napełniwszy roztworem jodoformu w lotniku, wstrzykuje tenże do jamy ropnia i otwór nakłócia zamyka szczelnie plasterkiem. Wstrzykiwania w miarę potrzeby powtarzają się 2 i 3 razy, w przerwach od 8 do 30 dni. Po każdém wstrzyknięciu przestwór ropnia zmniejsza się w skutek zrastania się części obwodowych. Według słów prof. Verneuila leczenie to jest skutecznem nie tylko miejscowo, gdyż i ogólny stan chorego korzystnie się przeobraża. Wychodząc z zasady, że ropnie zimne są objawem gruźlicy, Verneuil wnosi, że jodoform jest lekiem skutecznym w cierpieniu gruźliczém. Znane już są przykłady korzystnego leczenia suchot płucnych jodoformem. Od pewnego czasu spotykamy coraz częściéj opisy wyleczenia jodoformem gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci. Dr. Martel przytacza ośm takich przypadków z literatury szwedzkiéj, Moleschott, Nilson, Sonden po jednym przypadku, Warfringe pięć. Moleschott używał pędzlowania potylicy jodoformem rozpuszczonym w kolodyjonie (1:15); Nilson wcierał w skórę czaszki 10% maść jodoformową; Warfringe zaleca ogolenie głowy i następnie dwukrotne w ciągu dnia wcieranie po 6·0 maści zawierającéj 1:5 jodoformu, poczém pokrywa skórę glowy tkaniną nieprzenikliwą. Wcierania te trwały w pierwszym przypadku 17 dni, w drugim 19, w trzecim 30, w czwartym 32, w piątym 9. W Niemczech Bauer i Coesfeld ogłosili szczęśliwe wyleczenia gruźlicy opon mózgowych wcieraniami maści jodoformowéj. Loewenfeld przytacza przypadek podobnego leczenia, po którém wyleczenie zdawało się być trwałém, lecz po półtora roku dziecko to uległo ponownemu zapaleniu gruźliczemu opon mózgowych, a badanie pośmiertne wykazało obok świeżéj, ślady dawniéj przebytéj sprawy zapalnéj. Inni autorowie oświadczają, że podając jodoform wewnętrznie spostrzegali zupełne zniknięcie przerosłych gruczołów karkowych, których zwyrodnienie serowate nie ulegało wątpliwości.

Ze swojéj strony Dr. B. dodaje, że z wielkim pożytkiem używał jodoformu, jako środka antyseptycznego przewodu pokarmowego w durze brzusznym; poleca on dziennie 0·5 jodoformu samego lub z węglem Belloca.

W ostatnich czasach poczęto wykazywać ujemne strony wewnętrznego podawania jodoformu, polegające na utracie łaknienia i nader przykrym ostroczosnkowym smaku; Dr. A. widzi w tém nieprzyjemność, a nie poważne przeciwskazanie;

natomiast słusznie obchodzi go ważna sprawa podrabiania jodoformu kw. pikrynowym, w skutek czego nie tylko ten dzielny środek utraca swe najcenniejsze własności, ale co najważniejsza, że kw. pikrynowy jest trującym, działa zgubnie na przewód pokarmowy. Podnoszono jeszcze sprawę rozkładania się jodoformu w świetle i powietrzu; rzeczywiście roztwór jodoformu w lotniku przybiera w świetle barwę ciemną, pochodzącą od wyzwalającego się jodu; natomiast ciecz ta, zawarta w torebkach elastycznych, nie rozłożyła się po sześciu miesiącach, jak to wykazało osobiste doświadczenie autora; dla tych więc powodów zaleca Dr. A. podawanie jodoformu w torebkach. Autor kończy swą rozprawkę zdaniem, że jodoform winien swe działanie na organizm nie jodowi, który zawiera w znacznéj ilości, gdyż fizyjologiczne działanie jodu i jodoformu różni się: ostatni nie sprowadza nigdy silnego podniecenia nerwowego i z tego względu można go bezkarnie zalecać w chorobach gorączkowych; tego nie można powiedzieć o jodzie i jodkach. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Chirurgija.

William Mac Ewen (z Glasgowa): **O radykalném leczeniu przepukliny pachwinowéj zewnętrznéj za pomocą wewnętrznéj brzusznéj peloty i przywrócenia kształtu zastawki kanału pachwinowego.** Podał Dr. Barącz.

W operacyjach mających na celu radykalne leczenie przepukliu albo pozostawia się worek przepuklinowy w kanale (i traktuje się go w różny sposób) albo też podwiązuje się jego szyję a odcina się pozostałość worka. Operacyja Wooda jest typem pierwszego sposobu leczenia, operacyja Banksa drugiego. Postępowanie z workiem w operacyi, którą autor poniżéj opisuje, różni się od innych tém, że zachowany worek zupełnie odprowadza się po za obręb kanału i przeobraża niejako w pelotę położoną na brzusznéj powierzchni obwodu wewnętrznego pierścienia pachwinowego. Przy operacyi Wooda worek działa niejako jako tampon a jako taki oddala od siebie ramiona kanału; zapobiega się temu wprawdzie przez zaciśnięcie węzłów druta ażeby wywołać w ten sposób efuzyję plastyczną, która ma zlepiać tkaniny ze sobą; zawsze jednak powstaje w téj metodzie lejkowate wgłobienie otrzewny, w które podczas kaszlu wstąpić może jelito i na nowo rozszerzyć kanał. W celu zapobieżenia tym niedogodnościom oddziela się worek przy operacyi autora niżéj opisanéj nie tylko od całego kanału pachwinowego, lecz także od wejścia brzusznego obwodu wewnętrznego pierścienia; odprowadza się go zupełnie z kanału do brzucha po za pierścień wewnętrzny, gdzie stanowi baryjerę wypukłością zwróconą ku jamie brzusznéj, podczas gdy podstawa spoczywa na ścianie brzucha otaczającéj obwód wewnętrznego pierścienia; co nie tylko ochrania pierścień wewnętrzny, ale powstrzymuje zarazem uderzenie fal jelit o otwór. Do operacyi używa autor 2 igieł Dechampsa zakrzywionych w 2ch kierunkach odwrotnych. Bada najpierw palcem po nacięciu powłok zewnętrznych brzuszną powierzchnię pierścienia wewnętrznego i położenie *A. epigastrica.* Oddziela następnie za pomocą wprowadzonego palca worek od sznurka i od ścian kanału; dosięgnąwszy palcem pierścień wewnętrzny oddziela otrzewnę na $^1/_2$ cala na około brzusznéj powierzchni pierścienia wewnętrznego, marszczy za pomocą przeprowadzonéj nitki worek przepuklinowy w postaci kurtyny i utwierdza go w tém położeniu zmarszczoném za pomocą szwu do warstw mięśnia ukośnego zewnętrznego; w ten sposób powstaje pelota z otrzewny i od brzusznéj strony obwodu wewnętrznego pierścienia mogą powstać przyczepy. Następnie zamyka w następujący sposób na zewnątrz kanał pachwinowy. Unikając *A. epigastrica* wprowadza pod kontrolą palca igłę anewryzmatyczną uzbrojoną w nić w ten sposób, że ona przebija powięź wewnętrznego otworu w 2 miejscach: najpierw od zewnątrz ku wewnątrz, blisko dolnego wewnętrznego brzegu powięzi, wykłuwa igłę następnie wyżéj (tym samym obrotem igły) tak, że nitka tworzy pętlę obejmującą całą grubość powięzi. Wprowadza następnie drugą igłę anewryzmatyczną nawleczoną końcem nitki wychodzącym z dolnego brzegu powięzi od wewnątrz na zewnątrz przez powięź Pouparta i utkanie ścięgniste *m. transversus obliq. int.* i *ext.* Następnie nawleka znowu górnym końcem nitki wykłutéj na górnym wewnętrznym brzegu pierścienia tę samą igłę i wykłuwa tak samo od wewnątrz przez więz Pouparta. Oba końce nitki wychodzącéj z zewnętrznéj powierzchni *obliq. ext.* wiąże się w ścisły węzeł, który ściśle przybliża ramiona wewnętrznego pierścienia. W razie potrzeby można założyć podobny węzeł poniżéj. W celu uniknięcia ściśnienia sznurka nasiennego, należy go zbadać przed zaciśnieniem węzła; sznurek powinien być dokładnie ruchomym. Skórę należy podczas zakładania szwów dostatecznie odciągnąć na obie strony, poczém wpada w naturalne położenie; operacyja jest więc w części podskórną. Ranę drenuje się za pomocą drenu z odwapnionéj kości kurzéj; szew kuśnierski rany zewnętrznéj. Opatrunek jodoformowo-sublimatowy uciskowy. Opatrunek pozostawia się 14—21 dni, zmienia się prędzéj tylko w razie gorączki, po zdjęciu opatrunku rana bywa zabliźnioną, a dren leży wolno w opatrunku. Zakłada się jeszcze pelotę uciskową z waty; po 4 albo 6 tygodniach po operacyi pozwala się choremu wstawać, ale dopiero od 8 tygodnia pracować, przyczém nie pozwala się dźwigać większych ciężarów osobom o wiotkich tkaninach. W przepuklinie wrodzonéj dolną połowę worka odcina się a z górną zaszytą postępuje się w sposób powyżéj opisany jak w przepuklinie nabytéj). Do głębszego szwu używa autor katgutu preparowanego w ten sposób, że wytrzymać może oporność tkanin na 14—21 dni, do powierzchownego szwu łatwiéj resorbującego się katgutu. Autor wykonał operacyję opisaną w 33 przypadkach przepukliny nabytéj dla radykalnego wyleczenia, w 14 przypadkach przepukliny pachwinowéj uwięźniętéj, zatém w 47 przypadkach przepukliny pachwinowéj; w 9 przypadkach zaś przepukliny udowéj. Z załączonych 3 tablic obejmujących wszystkie przypadki okazuje się, że śmierć nie nastąpiła w żadnym przypadku, nieznaczne ropienia tylko w kilku przypadkach (*hernia incarcerat.*); w każdym przypadku przyszło do zupełnego zarośnięcia kanału, co stwierdzić można było po upływie kilku (nawet 5) lat po operacyi; z 14 przypadków dotyczących przepukliny uwięźniętéj 3 chorych nosiło lekką pelotę i opaskę propylaktycznie. (*Annales of Surgery* Vol. IV, Nr. 2, 1886).

Okulistyka.

Dr. L. Wolffberg: **Prosta metoda badania ilościowego poczucia barw w celach rozpoznawczych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Przedewszystkiém wynika z niéj jasno, że wady refrakcyi znacznie mniéj upośledzają zdolność poznawania cz² bł⁷, aniżeli choroby grupy drugiéj, z pierwszych zaś astygmatyzm znacznie mniéj niż wzrok nad- i niedomiarowy. Na téj podstawie znając tylko odległość, na którą chory rozpoznaje jeszcze cz² bł⁷, a co najwyżéj jeszcze V bez badania szkłami, można z góry oznaczyć, czy upośledzenie funkcyi zależy od wady refrakcyi, a nawet czy nie od niezborności,

czy też z przyczyn ważniejszych, jak zaćmienia środków łamiących, zmian na dnie oka, lub zaburzeń nerwowych. Dla jasności weźmy za autorem kilka z licznych przypadków. Dziecko T. R. nie może czytać; cz² bł⁷ poznaje na 6 m., zatém wzrok z wszelkiém prawdopodobieństwem ma prawidłowy, bo przy najlżejszéj wadzie refrakcyi lub najmniejszém obniżeniu poczucia światła cz² bł⁷ nie da się już rozpoznać na 6 m. Kontrola przy pomocy tablic Snellena wykazuje, że wzrok w istocie jest prawidłowym.

Drugi przykład: Pan A. H. rozróżnia cz² bł⁷ na 2 m., $V={}^5/_{50}$. Wedle tablicy cz² bł⁷ może tylko wada refrakcyi wywołać, bo przy drugiéj grupie chorób już przy $V={}^5/_{15}$ cz² bł⁷ zaledwie w odległości $1^1/_2$ m. jest rozpoznawalném. I rzeczywiście badanie bystrości wzroku wykazuje $V={}^5/_3$Mp. 2 D. Trzeci przykład: Kandydat med. R. rozpoznaje cz² bł⁷ na $5^1/_2$ m., $V={}^5/_8$ a więc gorszy aniżeli w pospolitéj ametropii, ponieważ zaś choroby grupy drugiéj bardziéj upośledzają poczucie ilościowe barw, niż bystrość wzroku, pozostaje więc tylko astygmatyzm. Zgodnie z tém pokazuje się w istocie, że szkło walcowe — 0·25 D. podnosi V do ${}^5/_3$. Dlaczego w niezborności bystrość więcéj stosunkowo cierpi niż zdolność odróżniania cz² bł⁷, tłumaczy się tém, że koła rozpierzchłe szkodliwiéj wpływają tu na rozpoznawanie liter, aniżeli barwików.

Sam przyrząd [1]) jak i badanie za pomocą niego są bardzo proste. Jest to książka w formie albumowéj, która na okładce powleczona jest tłem z czarnego aksamitu, a na tle tém umieszcza się barwne znaczki napojone barwikiem Marxa. Znaczki czerwone i błękitne, jako najważniejsze, najczęściéj bywają w użyciu, tylko na przypadek ślepoty barwnéj na te barwy pomieszczone są znaczki żółte i zielone. W razie gdy zachodzi potrzeba zbyt wielkiego zbliżenia się do oka badanego, używa się zamieszczonych na ten przypadek kwadratów o ścianie = 10 cm. W tym ostatnim razie używa się oczywiście i odrębnéj tabliczki dla ocenienia wyniku. Badanie zaś uskutecznia się w zwykły sposób przez oznaczenie największéj odległości, w któréj chory dany znaczek jeszcze rozpoznaje.

Trudno nie przyznać za autorem, że metoda ta jest prostą, krótką, i jeżeli zasadnicze dane zkąd inąd potwierdzone zostaną na większym materyjale, że przyczyni się ona nie mało do skrócenia rozpoznawczych zabiegów okulistyki. Bo jakkolwiek pytanie autora, czyby metoda ta nie mogła wyrugować zupełnie badania bystrości wzroku, niewątpliwie jest za śmiałém i przesadzoném, to nie ulega wątpliwości, że przy licznym materyjale i tam gdzieby nie zawsze chodziło o dokładne zbadanie refrakcyi, a jeszcze bardziéj w przypadkach skomplikowanych, gdzie często nie wiedzieć, co policzyć na karb wady refrakcyi, astygmatyzmu nieregularnego, a co na karb ważniejszych cierpień, że w takich razach mogłaby oddać lekarzom nieocenione usługi. (*Klin. Monatsblätt. für Augenheilkunde*). *Dr. Sroczyński.*

Choroby nerwowe.

Salgo: Szczególna forma zaburzenia ruchów źrenicy.

U chorych umysłowych zwrócono dotychczas uwagę na nierówne rozszerzenie i na stałe zwężenie źrenic. Różnica jednak w szerokości źrenic straciła wiele na pierwotnéj wartości rozpoznawczéj ze względu, że z jednéj strony napotkano ją w przypadkach, w których choroby mózgowéj nie było, a z drugiéj strony, że w wielkiéj liczbie przypadków chorób umysłowych nie stwierdzono wcale różnicy w szerokości źrenic. Większe znaczenie przypisać należy źrenicom stale zwężonym i można uważać za uzasadnioną uwagę Seifferta, że pojawienie się zwężenia źrenic w przebiegu chorób umysłowych znamionuje początek ogólnych porażeń. Autor zwrócił nadto uwagę na niejednakowe kurczenie się mięśni tęczówki, pociągające za sobą zmianę kształtu źrenicy. Źrenica przedstawia się w takich razach jużto w postaci trójkąta lub wielokąta o zaokrąglonych rogach, jużtéż jako szpara pozioma lub pionowa, podobna do źrenicy kota. Czasem wystaje maleńki płatek tęczówki, czyniący wrażenie przyczepiny. Źrenice w ten sposób zniekształcone oddziaływają na światło, przyczém przybierają inną postać nieregularną. Takie zaburzenie ruchów źrenicy jest, zdaniem autora, w przeważnéj liczbie przypadków objawem zboczenia umysłowego połączonego z porażeniem i zdarza się o wiele częściéj niż stałe zwężenie źrenic, rzadziéj atoli niż nierówne rozszerzenie źrenic. Nieregularna postać źrenicy jest niewątpliwie wyrazem zmiennéj niedomogi w inerwacyi tęczówek i stoi na równi z innemi zaburzeniami ruchowemi, pojawiającemi się z przyczyny schorzenia kory mózgowéj. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie.* 1886, Nr. 19). *Dr. Prus.*

Choroby dzieci.

Z 59 Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

Dr. Dornbluth: **O środkach ochronnych w chorobach zakaźnych.**

Podawszy ogólne wskazówki co do zachowania się w epidemijach, jak odosobnienie dzieci zdrowych, odpowiedni ubiór, czystość i dyjetę, przechodzi D. poszczególne choroby zakaźne. Krótko omawia odrę, którą uważa za nieunikniony proces wieku dziecięcego, ale nie wymagający szczególnych ostrożności, z powodu małéj śmiertelności (do 1 roku 5·5%, od 1—5 0·29%, od 6—10 r. 0%, średnio zatém 1·62%); niedługo zatrzymał się nad krztuścem, przyczém zwraca uwagę na miejsca wspólnéj zabawy dzieci w miastach większych, jako na ważne ognisko rozwlekania epidemii.

O wiele groźniejszą od innych zakaźnych wysypek jest płonica z powodu dłużéj trwającego okresu utajenia choroby, jak również z powodu przenoszenia jéj przez osoby trzecie, zdrowe. Z tego powodu najskrupulatniejsze środki ostrożności należy przestrzegać, zwłaszcza w szkołach i w miejscach publicznych. Wyklucza więc D. dzieci chore przez 6 tygodni jeszcze po przebyciu płonicy ze szkoły, również ich rodzeństwo i dzieci współlokatorów, choćby zdrowe. Zaleca daléj dezinfekcyję sukien, pościeli i bielizny chorych za pomocą suchego gorąca, przestrzega przed pozbywaniem tych przedmiotów drogą sprzedaży, bez poprzedniéj dezinfekcyi. Stanie się temu atoli zadosyć tylko wtedy, gdy o poszczególnych przypadkach zakaźnéj choroby powiadamiać będą sanitarną władzę nietylko lekarze lecz i zarządzcy domów i nauczyciele.

Błonica zajmuje odmienne od płonicy stanowisko. Zakażenie bowiem w obec zdrowotnych warunków chorego jest tu wagi drugorzędnéj. D. zaleca zatém jako środki zaradcze przedewszystkiém zarządzenia sanitarne, nie w tym stopniu może jak w Meklenburgu, gdzie przybijanie tabliczek ostrzegających na domach, których mieszkańcy dotknięci są błonicą, prowadzi do zatajania przypadków choroby, lecz przez pouczania publiczne o istocie błonicy i o środkach ochronnych.

Dr. Ehrenpreis z Berlina uwzględnia szczegółowo

[1]) Sprzedaje go optyk Emil Sydow w Berlinie N. W. 6, Albrechtstrasse 13.

statystykę chorób zakaźnych, z którój podnosi, że w Berlinie od roku 1882—1885 zapadło na błonicę 12.026 dzieci niżéj 10 lat, a zmarło 2742 (22·8%). Zgadza się z D. co do środków zaradczych, między któremi kładzie nacisk na: 1) ustanowienie lekarzy szkolnych, 2) ogólny obowiązek donoszenia o przypadkach choroby zakaźnéj, 3) wyznaczenie nagrody za najlepszą pracę na tém polu.

Dr. Raudnitz poleca jako dodatkowy środek ochronny kąpiele codzień wieczorem i przepłukiwanie jamy nosa i gardła.

Z naszéj strony wyrażamy zadziwienie z powodu tak optymistycznego zapatrywania się na najpierw omówione choroby zakaźne. Śmiertelność w odrze, według sprawozdawców, tak nieznaczna, zależy w wysokim stopniu od geniuszu epidemicznego poszczególnych wybuchów, mianowicie od powikłań właściwych poszczególnym epidemijom. Nauczeni smutném doświadczeniem ostatnich dziesiątków lat, przestaliśmy już uważać tradycyjnie odrę, za tak niewinną wysypkę wcale dziecięcemu wiekowi niegroźną. Wszak, nie szukając daleko przypominamy tylko, jaką złośliwością powikłań odznaczała się epidemija odry w r. 1885 w Krakowie. Ze 143 przypadków odry spostrzeganych w szpitalu św. Ludwika w Krakowie, 44, a zatém 30·8%, zakończyło się śmiercią, najczęstszém powikłaniem była *pneumonia cat.*, rzadszém *laryngitis cat. et crouposa*, *gangraena vulvae* itd. Śmiertelność ta przypada na rok 1 do 8go. a zatem na epokę wieku dziecięcego, uważaną za najbardziéj pod względem śmiertelności korzystną.

Co się tyczy kokluszu sądzimy, że odosobnienie chorych należy przeprowadzać z całą ścisłością; znamy bowiem np. przypadek, że chory na krztusiec, wysłany ze względów zdrowotnych na wieś, przez pobyt kilkunastominutowy w szkólce wiejskiéj zakaził tą chorobą większość obecnych zdrowych dzieci, tak że z 28 zapadło na koklusz 16.

Co do środków zaradczych należałoby położyć większy nacisk na trzy, według naszego zapatrywania, ważne okoliczności. Ref. poleca czuwanie nad wykluczeniem ze szkoły dzieci, zdradzających pierwsze początki jakiejś choroby zakaźnéj, w pierwszéj linii nauczycielom szkolnym. Byłoby to bardzo zbawienném, gdyby nauczyciele mieli o chorobach zakaźnych jakie takie wyobrażenie.

Drugim momentem, którego ref. dotknął pobieżnie, jest postępowanie otoczenia chorego z sukniami jego, pościelą i bielizną. Przeprowadzenie w domu dezinfekcyi w dostatecznym stopniu, aby zarazek zniszczyć, jest pobożném życzeniem. Po przestrodze lekarza, że suknie i pościel chorego, jeśli nie ulegną dezinfekcyi, mogą być powodem rozwleczenia choroby w otoczeniu, usuwa się je co prędzéj z domu drogą sprzedaży, bez żadnéj najczęściéj dezinfekcyi. Łatwo pojąć, jaka ztąd wynika łatwość zawleczenia epidemii, przy znacznéj uporczywości i długotrwałości zarazka np. płonicy, utrzymującego się niekiedy przez przeciąg kilku miesięcy w pierzu poduszek, materacach włosiennych i wełnianych kołdrach chorego. Jedynym zaradczym środkiem w tym kierunku byłoby zaprowadzenie publicznych komor dezinfekcyjnych.

Dr. Hennig z Lipska odczytał rzecz o higijenie szkolnéj ze względu na czynności mózgowe i dziedzinę moczo-płciową. Niestosowne oświetlenie, ogrzewanie i wentylacyja szkół, obok przeciążenia naukowego, wpływa na powstawanie u dzieci chlorozy, anemii i rozdrażnienia mózgowego, stopniującego się niekiedy do nieznanych dawniéj w tym wieku samobojstw, wywołanych chorobliwą ambicyją i współzawodnictwem. Jako środek zaradczy poleca zajmowanie się poza szkołą pracami mechanicznemi. Umysłowa praca dzieci zwłaszcza po wieczerzy wywołuje zadraźnienie dziedziny płciowéj, objawiające się pomazywaniami nocnemi, samogwałtem, u dziewcząt zaś wczesnem miesiączkowaniem. *Dr. Smolarski.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

IVte zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 13 marca 1886.

Obecni: Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 20.

1) Kol. Ziembicki przedstawia z oddziału chir. tutejszego szpitala szósty przypadek wyleczenia chorego, u którego „*per sectionem altam*“ bez zeszywania następowego wyjął z pęcherza kamień, (który jako imponujący znaczną wielkością okazywał na poprzedniém posiedzeniu). Chory operowany, około 18 lat liczący, wyzdrowiał zupełnie we dwa tygodnie po operacyi. Kol. Ziembicki przedstawia jeszcze wól niezwykłéj wielkości, wyłuszczony w tych dniach u choréj na oddziale chirurg. tut. szpitala.

2) Kol. Sielski odczytuje następnie rzecz pt. „Przyczynek do operacyjnego leczenia przodopochylenia macicy“, w którój opisuje przypadek z praktyki swéj prywatnéj. Ponieważ rzecz ta będzie ogłoszona drukiem, przeto podaje się tu tylko w streszczeniu o tyle, o ile dla zrozumienia dyskusyi jest konieczném. Przypadek dotyczy choréj mężatki, która rodziła już 3 razy, i która po ostatnim porodzie (od lat 2½) była chora i ciągle się leczyła. Prelegent leczy chorą od półtora roku i stwierdził przodopochylenie macicy, odpowiadające najnowszym pojęciom naukowym o tym stanie. Zalecał wszelkie środki i sposoby lecznicze: spokój, upusty krwi, zakładanie pesaryjów (zewnątrz i wewnątrzmaciczne), bez najmniejszego jednak skutku. Stan choréj nie polepszał się wcale, dolegliwości stawały się nawet większemi. W skutek tego zdecydował się przystąpić do wykonania operacyi wykonywanéj przez Simsa i Simona, lecz zmodyfikowanéj przez siebie. I istotnie wykonał operacyję d. 29 stycznia 1886 w ten sposób, że w przedniéj ścianie pochwy, tuż pod szyjką maciczną wyciął błonę śluzową w kształcie poprzecznéj elipsy, poczém założył w poprzek pochwy 18 szwów, aby brzegi ze sobą złączyć i przez to pochwę skrócić; nadto przyszył do górnego brzegu rany szyjkę maciczną w tym celu, aby skrócona ściana pochwowa przednia ściągała i wyprostowywała pochyloną ku przodowi macicę. Cel zamierzony osiągnął prelegent istotnie, bo efekt operacyi bardzo dotąd pomyślny, a dolegliwości ze strony odbytnicy i pęcherza tuż po operacyi ustąpiły zupełnie. Jak się chora nadal mieć będzie, nie omieszka prelegent kolegów zawiadomić.

W dyskusyi zabiera głos kol. Bylicki: Sam ten fakt, iż Sims, który rozporządzał tak wielkim materyjałem, tylko dwa razy a Simon raz jeden zabrali się do operacyjnego leczenia przodopochylenia, najlepiéj już świadczy o małéj użyteczności téj operacyi, nie przypuszcza więc, aby przodopochylona macica, która zawsze prawie bywa powiększoną, nie wyciągnęła z czasem ściany przodkowéj pochwy ku tyłowi i ku górze, jeśli w dodatku, co się często wydarza, towarzyszy przodopochyleniu skrócenie tylnych więzów czyli fałdów Douglasa. Możebny zaś dobry skutek operacyi, który trwać może i dłuższy czas, należało raczéj przypisać upustowi krwi, towarzyszącemu operacyi, jakotéż spokojnemu zachowaniu się choréj przez dłuższy czas. Wreszcie prosi kol. Sielskiego, aby o losie choréj późniéj kolegów chciał zawiadomić. Korzystając z téj sposobności, aby zapoznać kolegów z zapatrywaniami dzisiejszemi na zmiany położenia szczególnie na przodopochylenie i przodozgięcie, takiemi, jakie wprowadził Schultze do nauki, nadmienia kol. B., że przodopochylenie nie jest zmianą położenia lecz zmianą kształtu macicy, która utraca tu zgięcie fizyjologiczne, gdy strona patologiczna przodozgięcia głównie tkwi nie w samém zmniejszeniu kąta załamania, ile w tém, że załamana macica albo usuwa się prostującemu działaniu wypełnionego pęcherza lub z powodu stałości kąta złamania *(winkelsteife Flexion)* wyprostowanie jest niemożebne. Schul-

tze wykazał, że najczęstszém prawidłowém położeniem macicy jest to, które dawniéj tak zbyt często za przodozgięcie patologiczne uważano. Macica bowiem najczęściéj przy próżnym pęcherzu spoczywa trzonem na sklepieniu przodkowém, a pęcherz pod nią miseczkowato bywa ułożonym. Kąt zaś załamania bywa prawie prostym. Lecz właśnie cechą fizyjologicznego przodozgięcia jest zmienność kąta i możebność wyrównania go tak w czasie wypełnienia pęcherza jak i w czasie pewnego naprężenia podczas miesiączkowania i spółkowania.—Macica, jak już wspomniano, może sprawami zapalnemi być stale zagiętą, lub może z pod działania pęcherza usunąć się albo w ten sposób, że ciało macicy jest za małém *(uterus infantilis)*, do zbyt zatém małego odcinka pęcherza przylega, aby on miał wpływ na wyprostowanie jéj, albo téż skutkiem skrócenia pozapalnego fałdów Douglasa cała macica usuwa się znacznie ku tyłowi i górze i nie zmienia kształtu przy różnych stanach pęcherza. Cechą zatém patologicznego przodozgięcia jest niezmienność kąta i ztąd pochodzą wszystkie inne objawy.— Kol. Sielski stanowczo nie zgadza się, ażeby w opisanym przypadku przypisać dobry skutek osiągnięty przez operacyję tylko spokojnemu leżeniu i upustowi krwi przy operacyi; wszystko to bowiem, t. j. spokojne leżenie przez czas dłuższy (6 tygodni przeszło), upusty krwi, liczne skaryfikacyje itp. stósowano kilkakrotnie przed przystąpieniem do operacyi, a chora żadnéj wcale ulgi nie doznała. Na wywody Schultzego przytoczone przez kol. Bylickiego (które zresztą po części na początku już sam prelegent przytoczył) zgadza się prelegent w zupełności.— Kol. Schramm zapytuje kol. prelegenta, czy przez opisane wycięcie nabiera przednia ściana pochwy dosyć siły, aby mogła utrzymać macicę w położeniu do prawidłowego zbliżoném? Prelegent odpowiada, że aby siłę tę zwiększyć przyszył do dolnego brzegu rany (po odświeżeniu rany) część pochwową macicy. Kol. Kadyi sądzi, że jeżeli prelegent za pomocą operacyi oddalił część pochwową macicy od tylnéj ściany pochwy, a więc i od krzyżów, to skutek powinien być pomyślny.

3) Kol. Pisek zdaje następnie sprawę z najnowszych prac o cholerze. *Dr. Wiktor.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie z ruchu chorych w oddziale położniczo-ginekologicznym prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie w r. 1884 i 1885.

Podał
Dr. J. Ziembiński,
sekundaryjusz oddziału.

Oddział położniczo-ginekologiczny w szpitalu św. Łazarza składa się z sali porodowéj o 2 łóżkach i z 25 łóżek dla położnic i chorób kobiecych. Pod kierunkiem sekundaryjusza oddziału dołączona jest sala mamek, która rozporządza 8 łóżkami i 8 kolebkami, z których każda przeznaczona jest na dwoje niemowląt.

W czasie roku szkolnego materyjał oddziału stanowią przypadki ginekologiczne po największéj części, a przypadki porodowe, przeważnie prawidłowe, tylko o tyle, o ile nie mają miejsca w klinice. Przeciwnie w czasie feryj szkolnych wszystkie przypadki porodowe przyjmowane bywają na oddział bez wyjątku, w skutek czego liczba chorych ginekologicznych jest bardzo ograniczoną, a to z powodu, że w tym czasie klinika jest zamkniętą.

Ruch chorych w oddziale tym w r. 1884 i 1885 przedstawia się jak następuje:

A) Przypadki położnicze.

Z końcem roku 1883 pozostało niewiast brzemiennych 4, w ciągu roku 1884 przybyło ich 243, co razem wynosi 247. Z tych urodziło w ciągu roku 1884 r. w samym zakładzie 231, reszta przypada na porody uliczne i brzemienne, które same przed porodem szpital opuściły lub téż z powodu zbyt długiego jeszcze terminu do odbycia porodu z zakładu wydalone zostały. Z tych 231 porodów przypada 207 na porody czasowe, 17 na poronienia i 7 na porody przedwczesne płodów zmacerowanych. Co do płci urodziło się chłopców 105, dziewcząt 104, u jednych i drugich po parze bliźniąt. Porodów na świecie odbyło się 5; brzemiennych zaś już to na własne żądanie, już téż z innych powodów wydalono ze szpitala 11. Z końcem roku zawitała gorączka połogowa, która téż w ostatnich dniach grudnia spowodowała śmierć trzech położnic.

Operacyj położniczych wykonano w r. 1884 15, a mianowicie: 1) Kleszcze przy niskiém ustawieniu główki 4. (Matka i dzieci wyszły zdrowe). 2) Kleszcze przy wysokiém ustawieniu główki 1. (Matka opuściła zakład zdrowa, dziecię umarło z powodu *Erysipelas capitis*). 3) Wyciąganie ręczne płodu 2. (Matka i dzieci wyszły zdrowe). 4) Obrót na nóżki 2. (Raz przy porodzie bliźniaczym, drugi raz przy zwykłym. Matka i bliźnięta wyszły zdrowe, druga zaś matka umarła z powodu rozdarcia przed przybyciem do szpitala przedniego sklepienia pochwy obok ścieśnienia miednicy, dziecko urodzone nieżywe). 5) Odklejenie łożyska 6. (Matki wyszły zdrowe, jedno dziecko umarło z powodu niedostatecznego rozwoju, drugie urodzone nieżywe).

Z roku 1884 pozostało niewiast brzemiennych 12. W ciągu roku 1885 przyjęto 268, zatém ogólna suma wynosi 280. Z pozostałych z r. 1884 12 brzemiennych urodziło w miesiącu styczniu 7, w lutym 3, w marcu 2. Pięć z nich przeszło na salę mamek a dwie umarły w skutek gorączki połogowéj. Porodów ogółem odbyło się w zakładzie 247, a mianowicie: porodów pojedynczych 227, porodów bliźniaczych 4, porodów przedwczesnych 13, płodów zmacerowanych 3. Na własne żądanie wyszło przed porodem niewiast 13, przyjęto do zakładu już po porodzie 10, przeniesiono w ciągu roku z powodu świerzbu 3, co dodawszy do poprzedniéj cyfry otrzymamy sumę 273; reszta pozostaje na rok 1886.

Z pomiędzy urodzonych dzieci było chłopców 126, dziewcząt 109.

Z operacyj położniczych wykonano: 1) Kleszcze przy niskiém ustawieniu główki 14. (Umarły 2 matki, jedna z eklampsyi druga z gorączki połogowéj, dzieci zaś 4). 2) Kleszcze przy wysokiém ustawieniu główki 2. (Jedna matka zmarła skutkiem gorączki połogowéj, dziecko wyszło zdrowe). 3) Wyciąganie płodu ręczne 3. (Wszystkie matki i dwoje dzieci zdrowe, jedno poronione w czwartym miesiącu nieżywe). 4) Obrót na nóżki 1. (Matka wyszła zdrowa, dziecko nieżywo urodzone). 5) Wymóżdżenie i zmiażdżenie główki 1. (Matka wyszła zdrowa). 6) *Sectio caesarea in mortua.* (Bliźnięta nieżywe wydobyto). 7) Odklejenie łożyska 4. (Jedna matka zmarła na gorączkę połogową, dzieci wyszły zdrowe). Ogółem zatém wykonano operacyj 26, matek zmarło 5, dzieci 9.

B) Chore ginekologiczne.

Rok 1884: Pozostało z r. 1883: 7. Przybyło w r. 1884 132. Razem 139.—Wyszło uleczonych 109. Nieuleczonych i z polepszeniem 16. Umarło 4. 1 umarła z *Carcinoma cervicis c. infiltratione carcinomatosa glandularum et fornicum vaginae*, 1 z *Peritonitis post exsudatum periuter.*, 1 *cum fistula vesico vaginali* z *gangraena genit.*, 1 *post. fibrosarcoma uteri ex anaemia.*

Rok 1885: Pozostało z r. 1884 10. Przybyło w r. 1885 109. Leczono razem 119. Wyszło uleczonych 94. Nieuleczonych i z polepszeniem 11. Umarło 2. Z tych 1 umarła z *Anaemia post sarcoma uteri*, 1 z *peritonitis post exsudatum periuterinum.*

Operacyj ginekologicznych wykonano ogółem 12, a mianowicie: 1) *Torsio* dwa razy, raz z powodu ukleja cewki moczowéj a raz z powodu *papilloma urethrae.* 2) *Polypotomia* z powodu *Polypus fibrosus uteri;* chora opuściła szpital zdrowa. 3) *Excochleatio* z powodu *Carcinoma corp. uteri*; chora opuściła szpital z polepszeniem; druga *Carc. cerv. uteri*, również wyszła z polepszeniem. 4) Operacyj fistuły pęcherzopochwowéj *Fistula vesico-vaginalis* wykonano cztery, z tych dwie z dobrym skutkiem, drugie zaś dwie nie chciały się po raz wtóry dać operować. 5) Hysterostomatomij wykonano trzy, dwie z powodu *Stenosis ostii ext. uteri*, jednę z powodu niepłodności.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 17 b. m. pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania zastanawiano się nad wykonaniem uchwał dawniéj zapadłych. R. m. Dr. Domański wniósł, aby ze względu na wielką ważność obserwacyj wody gruntowéj dla chorób zakaźnych, tudzież budowy studni, kanałów, wodociągów i zakładania fundamentów, badać systematycznie w kilku odpowiednich punktach falowanie wody gruntowéj, a wypadek tych poszukiwań podawać do wiadomości publicznéj. Wniosek ten przy-

jęto. Postanowiono zbadać chemicznie wodę z kilku studzien w ulicy Karmelickiéj i w zakładzie gazowym. — Fizyk miejski doniósł, że w r. b. zaszczepiono kosztem miasta 1045 dzieci, z czego prawie $^2/_3$ przypada na ludność izraelicką, widocznie najlepiéj pojmującą znaczenie tego środka ochronnego. W sprawie nieprzyjmowania do szkół publicznych dzieci nieszczepionych uchwalono rozpatrzeć się niezwłocznie celem poczynienia stósownych kroków na przyszłość. — Wychodki w szkole św. Scholastyki postanowiono poprawić ile tylko można, i wyznaczono do tego osobną podkomisyję. — Co do chorób zakaźnych podał fizyk miejski daty statystyczne z ostatnich miesięcy, z czego się pokazuje, iż w roku bieżącym śmiertelność z chorób zakaźnych była znacznie mniejsza niż dawniéj, tyfus brzuszny stał się obecnie wcale rzadką chorobą, a ani z ospy, ani z odry nikt w październiku nie umarł. Dysenteryi prawie całkiem nie było. Mimo rozmaitych alarmujących pogłosek ciągle panuje pomyślny stan zdrowia w mieście a cholery azyjatyckiéj nie było ani jednego przypadku. — Oświadczono się na zapytanie Magistratu za urządzeniem kilku ogrzewalń na zimę dla ubogiéj ludności. — Sprawę uregulowania i uporządkowania ujścia Staréj Wisły za cmentarzem izraelickim odroczono ze względu na późną porę roku i konieczność dokładnego jéj zbadania. — R. m. Dr. Domański z uwagi, że mleko jest bardzo ważném pożywieniem, że fałszowanie jego lub nawet proste tylko roztwarzanie wodą jest nietylko oszukiwaniem konsumentów, ale nadto stanowić może, osobliwie u dzieci, źródło niebezpiecznych chorób przewodu pokarmowego, że za pośrednictwem mleka przenosić się mogą i rzeczywiście przenoszą rozmaite choroby zakaźne, wniósł, aby korzystać z chęci p. Stanisława Homolacsa, właściciela Balic, pragnącego urządzić w swym majątku wzorową mleczarnię dla użytku Krakowa, obejrzeć jego gospodarstwo mleczne i porozumieć się co do warunków, pod któremiby można wziąć mleczarnię balicką pod kontrolę i opiekę komisyi sanitarnéj. Wniosek ten przyjęto a do porozumienia się z p. Homolacsem wyznaczono podkomisyję z Drów r. m. Domańskiego, fizyka miejskiego Buszka i weterynarza miejskiego Walentowicza.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z płonicy umarło 3 (1 z. t.); z błonicy i dławca 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 24—30 października umarło z ospy: w Budapeszcie 65, w Pradze 1, w Rzymie i Wenecyi po 2. Z duru osutkowego umarło w Szczecinie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Hamburgu 9, w Paryżu 23, w Londynie 30, w Petersburgu 9. Z odry umarło: w Londynie 24, w Paryżu 13. Z płonicy umarło: w Warszawie 21, w Berlinie 7, w Budapeszcie 25, w Londynie 29, w Odesie 26. Z błonicy umarło: w Warszawie 16, w Berlinie 37, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 16, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 16, w Paryżu 27, w Londynie 35, w Kopenhadze 15, w Petersburgu 10. Z krztuśca umarło: w Paryżu i Petersburgu po 10, w Londynie 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,9; we Lwowie 36,4; w Brodach 50,9; w Drohobyczu 52,1; w Kołomyi 32,3; w Przemyślu 24,9; w Stanisławowie 65,8; w Tarnopolu 43,8; w Tarnowie 14,2; w Czerniowcach 27,3; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 32,0; w Wiedniu 20,3; w Salcburgu 25,3; w Gracu 20,9; w Tryjeście 29,9; w Insbruku 28,3; w Pradze 31,5; w Ołomuńcu 33,2; w Opawie 26,0; w Berlinie 21,7; we Wrocławiu 24,5; w Gdańsku 23,4; w Dreźnie 23,1; w Hamburgu 28,6; w Kolonii 26,4; w Lipsku 16,2; w Mnichowie 25,8; w Strasburgu 19,9; w Amsterdamie 16,3; w Bazylei 12,5; w Brukseli 25,0; w Budapeszcie 57,7; w Chrystyjanii 19.8; w Genewie 13,9; w Kopenhadze 22,1; w Londynie 17,3; w Odesie 41,0; w Paryżu 21,1; w Petersburgu 22,8; w Pradze 25,3; w Rzymie 20.0; w Stokholmie 17,8; w Tryjeście 40,3; w Wenecyi 26,5; w Zurychu 20,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 listopada. N. Pan mianował nadzwyczajnego profesora Dra Józefa Łazarskiego zwyczajnym profesorem farmakologii i farmakognozyi w Uniw. Jagiellońskim.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego docent Gluzińskі miał wykład zapowiedziany, który ogłoszony będzie w tygodniku naszym. W dyskusyi oprócz prelegenta wziął udział doc. Pieniążek. Następnie Dr. Bossowski demonstrował pod drobnowidem bakteryje z miąższu twardziela nosa i okazał ich hodowle.

* Wiadomo, że Sejm na sesyi przeszłorocznéj petycyję Wydziału lekarskiego naszego względem otworzenia oddziału okulistycznego w szpitalu św. Łazarza i oddanie jego kierownictwa profesorowi okulistyki odstąpił Wydziałowi krajowemu do zbadania i poczynienia odpowiednich wniosków. Wydział krajowy zasięgnął przedewszystkiém opinii Komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza w Krakowie, który oświadczył się przychylnie za petycyją Wydziału lekarskiego. Motywa Wydziału lek. w swoim czasie podaliśmy, a uznał je w zupełności i Komitet administracyjny szpitala. W skutek tego Wydział krajowy przedłoży Sejmowi wniosek względem urządzenia oddziału chorób ocznych w szpitalu św. Łazarza o 14 łóżkach i umieszczenia w preliminarzu kwoty 6223 zł. a. na adaptacyję, pierwsze urządzenie i utrzymanie tego nowego oddziału szpitalnego. Jest więc uzasadnioną nadzieja, że niezadługo szpital krakowski uzyska nowy oddział, tak wielce pożądany a stanie się tym sposobem zadosyć potrzebie, od dawna powszechnie za naglącą uznanéj.

* Prof. Korczyński poniósł ciężką stratę. D. 14 b. m. umarł ojciec jego, pensyjonowany Radzca Sądu krajowego Wyższego w Krakowie, licząc lat 74, mąż powszechnie poważany dla cnót obywatelskich, a który wśród bardzo ciężkich warunków łożył wszystko na wychowanie dwóch synów swoich.

* Lat już kilka upłynęło od śmierci słynnego chemika sądowego berlińskiego prof. Sonnenscheina, a nad pamięcią jego ciągle wisi podejrzenie, że wynikiem rozbioru chemicznego, uskutecznionego na zlecenie Sądu, wprowadził w błąd władze sądowe i przyczynił się do skazania człowieka niewinnego. Od lat dziesięciu ciągle a ciągle z uporczywością dającą wiele do myślenia występuje z żałobą głos opinii publicznéj, że ofiara jego rozbioru pokutuje w więzieniu ciężkiém, bez nadziei wydostania się na wolność. Rozchodzi się o aptekarza z Poznańskiego, który d. 13 listopada 1876 r. skazany został przez trybunał przysięgłych na śmierć, a ułaskawiony na dożywotnie więzienie ciężkie za otrucie własnéj żony arszenikiem. Sonnenschein w zwłokach aptekarzowéj znalazł ślady arszeniku i wnosił, że umarła z otrucia a znawcy lekarscy zgodzili się na jego orzeczenie. Nadaremnie oskarżony zapewniał, że jest niewinny, i prosił, aby badanie chemiczne powtórzone zostało przez innych chemików. Skazany do dziś dnia odsiaduje karę. Obecnie takie nasuwały się wątpliwości pod względem istoty podmiotowéj i przedmiotowéj zbrodni, że prokurator polecił ekshumacyję ponowną zwłok. Ważności niezwykłéj przypadku dowodzi komisyja, wysłana umyślnie z Berlina, celem asystowania wydobyciu zwłok; wchodzą w jéj skład: proff. Koch i Liman, tajny radzca lekarski Wolff, chemicy prof. Bischof z Berlina i prof. Loewig z Wrocławia. Rozchodzić się będzie teraz o to, czy mumifikacyja zwłok jeszcze się utrzymuje i czy będzie można jeszcze wykazać w resztach ciała arszenik. Sądzimy, że jak okoliczność pierwsza w obec badań nowszych nie ma prawie żadnego znaczenia, tak wykazanie arszeniku powinno jeszcze być możebne pomimo upływu lat 10—11 od śmierci kobiety. Czy jednak wynik ekshumacyi i badania chemicznego będzie jeszcze dodatni, przesądzać nie można; w każdym razie atoli przypadek ten dowodzi, jak dalece należy być ostrożnym w orzekaniu o śmierci z otrucia, skoro coraz bardziéj wzmacnia się podejrzenie, że znakomity chemik sądowy w Berlinie mógł dopuścić się pomyłki w rozpoznaniu otrucia, które ze wszystkich najłatwiéj wykryć można. Jakże dopiero wystrzegać się należy zbyt wielkiéj stanowczości w orzekaniu o otruciach, których sprawdzenie z góry o wiele jest trudniejszém i wątpliwszém!

* **Wiedeń**. Rada miejska uchwaliła na posiedzeniu z d. 5 b. m. nazwać nowopowstałą ulicę „ulicą Hebry“.

* **Praga czeska**. Na pełném posiedzeniu kolegijum doktorów przyjęto jednogłośnie wniosek prof. Janowskiego, aby wystosować ponownie petycyję do obu Izb Rady państwa o zaprowadzenie Izb lekarskich.

* **Dorpat**. W przeszłym miesiącu prof. farmacyi Dragendorff obchodził uroczyście 25-letni jubileusz doktorski.

* **Londyn**. Przed kilku dniami umarła lady Wilson, wdowa po sławnym dermatologu Erazmie Wilsonie. Towarzy-

stwo chirurgiczne londyńskie dziedziczy po niéj cały majątek, wynoszący 2 milijony złot. austr.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Stan prof. Bandla pogorszył się, tak że chorego musiano umieścić w zakładzie Kahlbauma w Zgorzelicach. — **Bonn.** Docent prywatny psychijatryi Dr. Schuchardt powołany został jako dyrektor zakładu dla obłąkanych do Sachsenbergu w Szwerynie. — **Hala.** Radzca lekarski Dr. Köttnitz habilitował się jako docent prywatny. — **Marburg.** Dyrektor kliniki lek. prof. Mankopff mianowany został tajnym radzcą lekarskim. — **Würzburg.** Prof. Schönborn z Królewca przyjął zaproszenie Wydziału do objęcia katedry chirurgii. — **Utrecht.** Prof. Peckelharing i lektor Dr. Winkler wysłani zostali przez Rząd do Indyj wschodnich celem zbadania choroby Beri-Beri.

* **Nekrologija.** W Tonkinie umarł tameczny wielkorządzca francuski Paweł Bert. Do niego zastosować można słowa Pasteura, wyrażające ubolewanie, że polityka pożera najlepszych uczonych. Urodzony w Auxerre w r. 1830, otrzymał w r. 1863 dyplom doktora medycyny w Paryżu, w r. 1868 został asystentem Kl. Bernarda, a późniéj sam wykładał w Sorbonnie; w r. 1868 wyszły jego: *Leçons sur la physiologie comparée de la respiration.* Podczas wojny jako przyjaciel bliski Gambetty mianowany został prefektem departamentu du Nord, po wojnie zaś profesorem fizyjologii w Sorbonnie; wybrany jednak równocześnie deputowanym był tylko nominalnym profesorem. Zabiegom jego zawdzięczają powstanie swoje uniwersytety nowe w Lille i Lugdunie. Za rządów Gambetty był przez czas krótki ministrem oświecenia i wyznań, a równocześnie wybrany został członkiem Akademii francuskiéj. W r. 1878 ogłosił obszerne dzieło p. t. *La pression barométrique,* a w roku przeszłym mianowany został rezydentem w Tonkinie.

W Meranie umarł w 73 roku życia Dr. Löwe z Calbe, lekarz, znany jako prezydent parlamentu niemieckiego w r. 1848, a w Preszburgu mianowany niedawno jeneralnym lekarzem sztabowym Dr. Michaelis, licząc lat 61.

W Warszawie umarł d. 3 bm. Wacław Korybut-Daszkiewicz, Dr. med. Uniw. strasburskiego. Napisał on kilka rozpraw o odrodzeniu się nerwów (po niemiecku i po polsku) i o rozwinięciu się nerwów z komórek osocza u żab (po niemiecku).

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Heimana: O przedziurawieniu błony bębenkowéj; Wolberga: Tyfus wysypkowy u dzieci. — W *Medycynie* Nr. 46: Kosińskiego: Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych. Przypadek drugi.

Redakcyja otrzymała.

Dr. WATRASZEWSKI w Warszawie: Über Behandlung d. Syphilis mit Inject. v. Calomel u. v. Quecksilberoxyden. (Odbitka z „W. med. Presse"). Wien 1886 in 8vo str. 10.

Elasticzeskija wolokna pri legocznoi czachotkie. Dissertacija J. Opackago. S. Petersburg 1886, in 8vo str. 83.

Dr. A. OBRZUT: Chronische gelbe Leberatrophie oder acute Cirrhose? (Odbitka z „Med. Jahrb."), Wien 1886, in 8vo str. 20.

Dr. J. SZPILMAN: Étude experimentelle sur l'incubation de la rage. (Odbitka z „Archives Slaves de Biologie"), Paris 1886, in 8vo str. 17.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego do l. 61978/86 rozpisuje się konkurs na jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie z płacą roczną 500 złr.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, a przy zadowalającéj służbie, może być przedłużoną do lat czterech.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi szpitala, w których ma być wykazane:

a) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

b) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

c) Dowód uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic Państwa austryjackiego.

Z Dyrekcyi Szpitala krajowego powszechnego.

Lwów dnia 10 Listopada 1886. *Dr. Głowacki.*

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na miejsce powiatowo-gminnego lekarza w Konjicy (Hercogowina).

Lekarz powiatowo-gminny w Konjicy pobiera rocznie 1200 złr. płacy i 150 złr. dodatku na mieszkanie w ratach miesięcznych z góry.

Komisyje polityczne równie jak czynności sądowolekarskie do jakich powołany zostanie bywają oddzielnie według istniejących przepisów wynagradzane.

Lekarz powiatowo-gminny winien utrzymywać aptekę domową i leki z niéj według ustanowionéj taksy sprzedawać.

Za wizyty lekarskie liczy się w Konjicy: za dzienną 35 kr., za nocną 50 kr., w obwodzie powiatu: 3 złr. dziennie i koszta drogi.

Ubogich w Konjicy winien lekarz leczyć darmo.

Miasto Konjica liczy 1.520 mieszkańców i leży przy drodze z Serajewa do Mostaru w odległości 60 klm. od pierwszego a 80 klm. od drugiego. W obwodzie powiatu buduje się obecnie droga kolei żelaznéj z Mostaru do Serajewa.

Posadę lekarza powiatowo-gminnego otrzyma jedynie Doktor wszech nauk lekarskich.

Podania o tę posadę należy wnosić z załączeniem dyplomu, świadectwa co do moralnego i politycznego zachowania się, oraz zdrowia i innych dowodów najpóźniéj do 10 Grudnia rb. do urzędu powiatowego w Konjicy.

Nie wymaga się świadectwa z egzaminu fizykackiego.

Ubiegający się winni władać językiem niemieckim i jednym z języków sławiańskich.

Urząd powiatowy w Konjicy.

L. 304.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę prymaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli" w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 500 złr.

Podania wnoszone być mają do 15 Grudnia 1886 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny.

Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizorycznie, a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 12 Listopada 1886.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.